2

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

RECHERCHES

SUR LES

VÉGÉTATIONS POLYPIFORMES DE L'ESTOMAC

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE

Par **Julien BRUNEAU**

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS

PARIS

LIBRAIRIE OLLIER-HENRY

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1884

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

RECHERCHES

SUR LES

VÉGÉTATIONS POLYPIFORMES

DE L'ESTOMAC

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE

Par **Julien BRUNEAU**

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS

PARIS

LIBRAIRIE OLLIER-HENRY

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1884

Digitized by the Internet Archive
in 2018 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30579363

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER

INTRODUCTION

Les végétations polypeuses simples, non cancéreuses, ne sont en quelque sorte qn'une curiosité anatomo-pathologique, ne provoquant dans l'immense majorité des cas aucun trouble spécial des fonctions gastriques et par suite aucun symptôme qui puisse révéler leur présence. Aussi le plus généralement ne les découvre-t-on qu'à l'autopsie. Néanmoins ces végétations polypeuses ont suscité déjà un grand nombre de recherches dont quelques-unes fort anciennes, ainsi qu'on pourra s'en convaincre en parcourant le court chapitre que nous consacrons à l'exposé de la question au point de vue historique. Après Andral et Cruveilhier, la description des caractères macroscopiques de ces tumeurs est complète (voir la magnifique planche de l'Atlas de Cruveilhier). Les travaux modernes, parmi lesquels ceux de M. le professeur Cornil occupant le premier rang, ont plus spécialement pour but de fixer le mode de constitution histologique de ces végétations polypeuses, leur structure, et de remonter à leur origine, à leur point de départ. Ces tumeurs se développent-elles aux dépens des glandes peptiques, aux dépens du stroma de la muqueuse, aux dépens du tissu

cellulaire sous-muqueux, ou même aux dépens de la tunique musculaire de l'estomac ? Autant de questions qui ne peuvent être résolues par l'examen des caractères macroscopiques seuls, mais pour la solution desquelles l'emploi du microscope est indispensable : la structure intime de ces productions pathologiques étant connue, on peut les rapprocher pour ce qui concerne leur point de départ, de telle ou telle partie constituante de l'estomac offrant une structure identique ou analogue.

Nous nous contenterons de rappeler sommairement dans notre travail, les recherches fort intéressantes qui ont été faites sur la constitution anatomique des différentes variétés de végétations polypeuses simples et nous essaierons de classer ces variétés d'après leur structure et l'origine vraisemblable qu'il convient de leur attribuer.

Mais ce ne sera là que la première partie de notre tâche, nous plaçant à un point de vue plus étendu, nous étudierons en les rapprochant des végétations polypeuses simples, les *végétations polypiformes de nature cancéreuse*. Notre intention n'est pas de décrire sous le nom de végétations polypiformes, les productions carcinomateuses plus ou moins mal pédiculisées, sous forme de masses plus ou moins élargies à leur surface, de champignons, etc. Cet aspect végétant, très-habituel dans l'encéphaloïde de l'estomac, a été l'objet de descriptions tellement nombreuses qu'il est parfaitement inutile de les rééditer. En réalité nous avons en vue une forme anatomique rare du cancer de l'estomac qui peut se manifester par des végétations polypeuses dont la configuration, le petit vo-

lume, la pédiculisation très-nette, la dissémination à la surface de la muqueuse stomacale, le nombre, font qu'on pense au premier abord être en présence de végétations polypeuses simples, quand il s'agit au contraire de polypes cancéreux dont la structure ne diffère en rien des villosités qu'on rencontre parfois à la surface des champignons d'encéphaloïde.

Ce n'est que par un examen histologique précis, par la considération des masses cancéreuses ayant une autre apparence et siégeant dans l'estomac et dans d'autres organes qu'on peut porter un diagnostic anatomique et différencier des végétations polypeuses simples des excroissances polypiformes qui sont de nature réellement cancéreuse.

En somme, notre thèse comprendra deux parties : l'une dans laquelle nous exposerons les résultats acquis sur les végétations polypeuses simples de l'estomac, l'autre dans laquelle nous donnerons les caractères propres des végétations polypiformes cancéreuses.

Nous exprimons nos remerciements à M. Launois, interne des hôpitaux et à M. le Dr Variot, pour avoir bien voulu mettre à notre disposition l'observation clinique recueillie dans le service de M. le professeur Guyon et qui est insérée in extenso dans notre thèse, et les descriptions histologiques détaillées sur lesquelles nous nous appuierons au cours de ce travail.

Nous adressons nos plus vifs remerciements à M. le professeur Fournier qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse inaugurale.

HISTORIQUE

L'histoire des polypes de l'estomac n'est pas longue à exposer. Ces tumeurs, comme nous l'avons fait remarquer, constituent une véritable curiosité anatomique ; aussi, est-ce surtout dans les traités d'anatomie pathologique et dans les bulletins de la société anatomique que nous avons trouvé la description des tumeurs que nous nous sommes proposé d'étudier. Le plus souvent, les auteurs résument en quelques mots les caractères macroscopiques des végétations qu'ils ont observées, et c'est dans ces dernières années seulement que des descriptions histologiques complètes ont été faites. Cruveilhier, (1) le premier a figuré dans son traité un estomac sur la paroi interne duquel se trouvaient implantées des végétations polypiformes en grand nombre. Nous avons été frappé de la ressemblance qu'offre la planche de Cruveilhier avec la pièce pathologique que nous avons pu observer à l'hôpital Necker. Il

(1) Cruveilhier. Traité d'anat. pathol. XXXe livraison fig. 2. — P. 2.

rapporte aussi le cas d'une vieille femme morte de pneumonie à la Salpétrière et qui avait une douzaine de polypes dans l'estomac.

Il a trouvé aussi chez un autre sujet cinq à six végétations à pédicules déliées, et une multitude de petits mamelons au voisinage du pylore.

Andral (1) rapporte aussi plusieurs observations et parmi elles une fort remarquable : les végétations étaient formées de lamelles juxtaposées et ressemblaient beaucoup au feuillet de l'estomac des ruminants.

Un estomac contenant quatre-vingts petites tumeurs arrondies ayant chacune le volume d'une noisette, offrant un tissu dur est présenté à la même époque par Rullier à l'académie de médecine.

Dans la séance du 21 mars 1833, Ripault présente à la société anatomique un estomac parsemé de tumeurs pédiculées, véritables polypes de cet organe.

En 1837, à la même société, Mercier présente un estomac offrant sur sa tunique interne trois végétations pédiculées : la masse renflée de chacune de ces tumeurs contenait un caillot sanguin.

En 1843, Costilhes a trouvé chez une femme alcoolique un polype de la grosseur d'un œuf sur la petite courbure.

En 1845, Barth et Moutard-Martin rapportent des observations nouvelles : parmi les tumeurs signalées par Barth, l'une du volume d'un gros pois était supportée par un long pédicule.

En 1846, Richard rapporte un cas fort curieux : l'estomac

(1) Andral. Traité d'anat. pathol. 1829.

ouvert laissait voir une cinquantaine de tumeurs disposées en séries régulières et transversales surtout au voisinage du pylore.

En 1847, Blain des Cormiers présente des végétations sous-muqueuses de l'estomac, observées sur une femme de 68 ans dans le service de M. Andral à l'hôpital de la Charité.

La même année, Leudet trouve dans l'estomac d'un homme de 52 ans, un nombre considérable d'éminences mamelonnées au nombre de 150 à 200, ayant le volume d'une petite noisette, les unes pédiculées, les autres plus nombreuses à base assez large.

En 1849, nous devons signaler une nouvelle observation de Barth: l'estomac d'une vieille femme de 83 ans présentait un polype très-vasculaire qui paraissait formé de tissu érectile ; il est implanté au-dessus de la valvule pylorique et se détache au niveau d'une hypertrophie de la couche musculaire.

En 1850, Lemaistre présente l'estomac d'un homme mort d'un cancer du foie · on aperçoit dans le voisinage du cardia, du côté de la petite courbure, un petit polype très-mou, très vasculaire, long de trois centimètres, implanté sur la muqueuse par un pédicule presque filiforme.

Leudet, en 1855 trouve un polype fibreux.

La même année, Caron rencontre une végétation polypiforme de l'estomac, du volume d'un haricot, d'une faible consistance, formée aux dépens de la seule membrane muqueuse.

En 1860, (séance de janvier de la société anatomique). M. Proust présente au nom de M. Fritz un polype de

l'estomac provenant d'un homme de 62 ans, mort dans le service de M. Aran à l'hôpital St-Antoine.

Ce polype qui siège sur le milieu de la grande courbure de l'estomac, s'élève sur une ulcération de trois centimètres de long; il est ovalaire et a la forme d'une noix, il est supporté par un pédicule assez large. Sa surface est inégale, rougeâtre; son sommet ulcéré est coloré en jaune par les liquides contenus dans l'estomac. Sa texture est charnue, vasculaire, et paraît devoir le faire ranger parmi les productions fibreuses.

En 1863, M. Cornil présente à la société de biologie et à la société anatomique trois cas de polypes de l'estomac qu'il a recueillis à la Salpétrière.

Nous rapportons à la fin de notre travail un résumé de ses observations et nous signalons que c'est lui, le premier, qui a donné une description de ces tumeurs.

En 1864, dans une des séances de la société anatomique de février, M. Liouville montre trois estomacs sur lesquels on voit des polypes muqueux: sur le premier, (femme de 87 ans), existe un polype de la grosseur d'une noisette, pédiculisé, très-vasculaire à la surface, — sur le deuxième, (femme de 89 ans), trois polypes, l'un sessile, deux autres pédiculisés, — sur le troisième (femme de 75 ans) un seul polype sessile.

En mars de la même année, M. Liouville met sous les yeux de la société l'estomac d'une femme qui a succombé à une congestion pulmonaire très avancée. On y voit au niveau du grand cul-de-sac un polype fibreux de la grosseur d'une noisette développé entre les fibres de l'estomac, et qui au microscope, paraît formé de fibres musculaires.

M. Lancereaux en observe aussi deux cas à l'Hôtel-Dieu chez des alcooliques.

En 1883, M. Camus-Govignon consacre sa thèse inaugurale à l'étude des polypes de l'estomac : il rapporte une observation nouvelle accompagnée d'un examen histologique très complet dû à M. le professeur Cornil.

Nous avons cherché dans la bibliographie étrangère, et nous n'avons pu trouver que le résumé de deux cas. L'un d'eux dû au docteur J. A. Adams est rapporté dans le British med. Journal du 8 novembre 1879 ; l'auteur a, lui aussi, fait quelques recherches dans les publications anglaises et n'a pu rencontrer qu'un seul cas rapporté par le Docteur Quain dans London pathological Societ'ys Transactions. Vol. VIII p. 219.

I

VEGÉTATIONS POLYPEUSES SIMPLES

A. Anatomie pathologique

Les tumeurs polypeuses de l'estomac présentent une constitution anatomique variable. En effet, si l'on compulse les recherches qui ont été faites sur ce sujet, on peut voir que les descriptions microscopiques de ces végétations polypeuses se rapportent à trois espèces bien distinctes :

1er Les cas les plus nombreux sont ceux dans lesquels on a observé que ces tumeurs étaient formées par des amas de glandes plus ou moins modifiées, en un mot offraient la structure habituelle des adénomes. Ces végétations représentent alors des épaississements circonscrits et plus ou moins pédiculés de la *muqueuse gastrique* ayant subi dans ces conditions des altérations spéciales.

2e Les polypes peuvent n'être formés que de tissu fi-

breux et sont alors évidemment de provenance sous-muqueuse. Leur surface est recouverte par la muqueuse hypertrophiée et plus ou moins altérée.

3e Enfin ces tumeurs pédiculées peuvent être de la nature des myômes et leur développement a dû s'effectuer aux dépens des couches musculaires de l'estomac. Il faut noter que cette variété rare des polypes gastriques refoulant la muqueuse et se pédiculisant à l'intérieur de l'organe s'observe moins fréquemment que la pédiculisation du côté de la *cavité péritonéale.*

Entrons dans quelques détails descriptifs sur la configuration, la structure, et le mode de développement de ces trois variétés de polypes.

1° *Polypes muqueux-adénomes.* — Le plus généralement les polypes muqueux sont multiples ; leur siège de prédilection est le petit cul-de-sac de l'estonac et le voisinage du pylore ; cependant on peut en trouver quelques uns jusque dans le grand cul-de-sac (Voir la belle planche de l'Atlas de Cruveilhier). Le volume des végétations est le plus souvent peu considérable, fréquemment de la grosseur d'un pois ; cependant on a pu en observer ayant jusqu'à deux ou trois centimètres de diamètre, capables d'oblitérer le pylore.

Ce qui est constant, c'est que ces végétations sont pédiculées et affectent veritablement la forme de polypes. La consistance de ces productions est mollasse et leur coloration rougeâtre plus ou moins foncée.

Il est habituel de voir co-exister avec les végétations polypeuses muqueuses, soit l'état ardoisé de la muqueuse

gastrique, soit l'état mamelonné (Voir l'observation de Leudet que nous reproduisons) ; ces deux états, ardoisé ou mamelonné sont l'indice d'un processus d'inflammation chronique de la muqueuse.

Caractères histologiques. — Nous nous appuierons surtout pour fixer la structure des polypes muqueux sur les observations de M. le Professeur Cornil sur une coupe (observation I communiquée par M. Cornil à M. Camus-Gorignon. (Thèse de Paris 1883). « On constate que la sur-
« face du polype est villeuse, hérissée de petites saillies
« papillaires qui séparent les orifices des glandes. Ces
« orifices glandulaires sont eux-mêmes dilatés et les véllosi-
« tés superficielles se continuent directement avec le tissu
« conjonctif qui sépare les conduits glandulaires les uns
« d'avec les autres.

« Ces conduits sont tapissés par un épithélium cylin-
« drique dont la grande majorité présente l'aspect cali-
« ciforme. Si l'on poursuit profondément ces conduits
« glandulaires très-allongés, on les voit se résoudre dans
« des culs-de-sac glandulaires extrêmement nombreux,
« qui forment des agglomérations considérables et qui
« constituent la plus grande partie de la tête du po-
« lype. »

Sur d'autres pièces étudiées par M. le professeur Cornil (présentation à la société anatomique 1863) on observe, outre des villosités superficielles, des cavités constituées par une membrane limitante anhyste bien visible, tapissée à son intérieur par une couche simple ou double d'épithélium cylindrique.

Ces cellules épithéliales longues de 0mme 04 et larges de 0mme 006 forment une couche continue munie d'un noyau allongé ; elles présentent un plateau comme les cellules de l'intestin. Enfin à l'intérieur des cavités kystiques se trouve un liquide contenant des cellules épithéliales devenues longues et granuleuses.

Pour ce qui est du mode de développement des polypes muqueux, il ne parait point douteux qu'il soit en rapport avec un processus d'inflammation chronique de la muqueuse, c'est là du moins l'opinion de M. Cornil et de la plupart des auteurs qui ont abordé ce sujet.

Suivant Rokitanski, les villosités qu'on rencontre à la surface des polypes se trouveraient également dans la gastrite catarrhale. Plus développées à l'état normal chez les animaux, ces villosités rudimentaires chez l'homme, s'hypertrophieraient sous l'influence du processus inflammatoire, arriveraient à se souder et à oblitérer complètement le conduit excréteur des glandes.

C'est par suite de cette oblitération des conduits glandulaires due à l'adhérence des villosités qu'il faudrait expliquer la transformation des tubes glandulaires en cavités kystiques, ou en alvéoles qui rapproche assez-bien ces tumeurs des adénomes. Ainsi que le fait remarquer M. le professeur Cornil, ces alvéoles glandulaires développées aux dépens des glandes gastriques ont comme structure de nombreux points de ressemblance avec les alvéoles cancéreux. Nous reviendrons plus loin sur ces analogies de structure entre ces tumeurs adéniques et les végétations polypeuses de nature cancéreuse qui feront l'objet d'un chapitre spécial.

Un fait de la plus haute importance et qui démontre le rôle de l'inflammation chronique dans la production des polypes muqueux, c'est la co-existence, dans une étendue plus ou moins considérable de la muqueuse gastrique, des altérations de la gastrite chronique, ainsi que la plupart des observations en font foi. Nous citerons plus spécialement à ce sujet l'observation de M. le professeur Cornil, dans laquelle l'inflammation gastrique avait été provoquée par des privations. On y note que la muqueuse et la tunique musculeuse sont épaissies et indurées au niveau du pylore (observation du 10 janvier 79).

Dans un autre cas de M. Cornil (observation de juillet 1863), on avait affaire à une vieille femme qui avait des habitudes alcooliques et avait vomi du sang quelques jours avant sa mort.

La muqueuse de l'estomac présentait les phénomènes d'une gastrite chronique : petites plaques et mamelons rosés, vascularisés, alternant avec des plaques déprimées et blanches ; pigment noir infiltrant les couches superficielles de la muqueuse et lui donnant en certains points une coloration ardoisée. Les observations de Lancereaux, de Leudet ont rapport également à des alcooliques chez lesquels on trouve à l'autopsie des lésions de gastrite chronique.

On pourrait se demander si dans certaines conditions les polypes muqueux glandulaires de l'estomac ne pourraient pas prendre naissance à la manière des néoplasmes ayant une structure sensiblement analogue et qui se développent dans d'autres portions du tube digestif ou sur d'autres muqueuses, pourvues d'épithélium cylindrique.

Ces néoplasmes, en effet, polypes muqueux de l'intestin (relativement fréquents chez les jeunes enfants), polypes muqueux de l'utérus, apparaissent dans telle ou telle région, sans qu'on puisse affirmer que leur formation soit sous la dépendance de phénomènes inflammatoires provoqués par un traumatisme ou par une tout autre cause d'irritation.

Il est bien établi, en effet, malgré l'opinion de Virchow et d'un grand nombre d'autres anatomo-pathologistes que si le traumatisme peut être invoqué, dans certains cas, comme cause de néoplasme, ce n'est pas là un fait constant ; les tumeurs malignes ou bénignes peuvent se montrer, sans qu'on puisse les rattacher à une cause occasionnelle de ce genre.

Nous ne pouvons évidemment que poser la question de savoir si, dans l'estomac, il n'apparaît pas de polypes muqueux spontanément développés, analogues à ceux de l'intestin ou de l'utérus ; des observations ultérieures combleront cette lacune. Ce qui est bien certain c'est que dans tous les faits de polypes muqueux que nous avons sous les yeux il faut incriminer la gastrite chronique comme cause efficiente, et la théorie de Virchow se trouve appuyée d'une façon positive par cet ensemble de faits.

2° *Polypes fibreux.* — Nous serons très bref sur cette variété de polypes ; le seul cas bien positif qui en ait été observé est dû à M. le professeur Cornil, (observation 1863). Voici la description de cette tumeur : c'est un gros polype long de cinq centimètres sur trois centimètres de large, ovoïde, mobile, oblitérant complètement l'orifice pylo-

rique dont il peut du reste, être dégagé. La muqueuse recouvrant partout cette tumeur, sauf à sa base ou extrémité libre, est épaissie ou hypertrophiée.

Dans le point où la muqueuse est interrompue, la surface du polype présente une coloration ardoisée. Sur une coupe intéressant à la fois la muqueuse et le reste de la tumeur, M. Cornil a observé que : « la partie centrale fondamentale du polype est un tissu ferme, élastique, gris, composé d'éléments de tissu cellullaire, élastique et de noyaux. La muqueuse contient de petits kystes produits par la distension des glandes ; l'un d'eux bien que volumineux, laisse apercevoir un orifice ou goulot, d'ou s'échappe un liquide muqueux, mêlé de cellules épithéliales. En résumé, ce polype, bien que recouvert d'une muqueuse altérée présente essentiellement la constitution d'un fibrôme. »

3° *Polypes musculaires. — Myômes.* — Il peut se développer dans l'épaisseur des tuniques musculaires de l'estomac, des hypertrophies partielles qui aboutissent à la formation de véritables tumeurs, généralement de petit volume. Ces myômes d'abord insterstitiels ont une grande tendance à se pédiculiser du côté du péritoine, mais dans quelques cas, on les a vus refouler la muqueuse gastrique qui les enveloppe et faire saillie dans la cavité de l'estomac. On a même noté (Barth. — Soc. anat. 1849), dans ces tumeurs un développement anormal du réseau vasculaire qui les fait ressembler à des tumeurs érectiles.

Ces myômes subissent de même que les myômes uté-

rins dans quelques circonstances, une dégénérescence graisseuse (1) ou calcaire.

Nous signalons à titre de curiosité la présence dans l'estomac de petites nodosités sous-muqueuses, embryonnaires ou fibreuses dont le développement se rattache à la syphilis. Ces nodosités généralement peu saillantes constatées par Lancereaux, Virchow, Cornil et Ranvier, sont parfois d'un diagnostic anatomique difficile, et c'est sur la co-existence de lésions syphilitiques dans d'autres organes qu'on peut établir leur nature.

Mentionnons enfin l'existence de tumeurs lipomateuses qui peuvent soulever la muqueuse de l'estomac. Leur nature est évidemment des plus faciles à fixer soit par l'examen macroscopique, soit par l'examen microscopique.

B. *Symptômes et diagnostic des végétations polypeuses bénignes*

Les polypes bénins, soit muqueux, soit fibreux sont latents dans la grande majorité des cas ; ce sont des surprises d'autopsie. Leur petit volume, leur peu de con-

(1) Il ne faudrait pas confondre les végétations polypeuses de l'estomac avec les tumeurs graisseuses qu'on rencontre quelquefois sous la muqueuse qu'elles soulèvent, ordinairement très petites et du volume d'un pois. Ces tumeurs adipeuses peuvent acquérir le volume d'une amande. Tout dernièrement j'ai rencontré dans l'estomac, au voisinage du pylore, une tumeur adipeuse qui avait le volume d'une amande entourée de sa drupe ; cette tumeur non pédiculée était revêtue par la membrane muqueuse intacte (Cruveilhier. Atlas d'An. path. XXXe livraison).

sistance, d'autre part l'épaisseur de la paroi abdominale et des parties molles qui les recouvrent font qu'ils ne sont presque jamais accessibles à la palpation. On sait en effet qu'assez souvent en clinique, la palpation se trouve en défaut pour l'appréciation de tumeurs cancéreuses qui ont quelquefois un certain volume. La tension des muscles droits, l'éloignement d'un plan résistant profond empêchent la constatation de masses qui fuient en quelque sorte sous la main qui les palpe. C'est un fait bien connu de tous les cliniciens que la tumeur cancéreuse ne devient facilement appréciable que lorsqu'elle occupe une situation favorable à l'exploration. Ces difficultés de reconnaître les tumeurs cancéreuses de petit volume s'appliquent pleinement aux tumeurs polypeuses bénignes.

Quant aux troubles fonctionnels qui coïncident avec la présence des polypes, ce sont le plus souvent ceux de la gastrite chronique alcoolique qui est intervenue comme cause productrice de ces tumeurs. Ce serait sortir de notre sujet que de nous étendre longuement sur les symptômes et les signes de la gastrite chronique. Du reste, ces symptômes et ces signes se montrent dans la gastrite chronique indépendants de toute espèce de polypes. Dans l'immense majorité des cas on ne pourra donc que soupçonner, lorsqu'on se trouvera en présence des troubles fonctionnels et des signes de la gastrite chronique, la coexistence de polypes. Il faut cependant faire une exception pour les tumeurs polypeuses assez volumineuses, situées au voisinage du pylore et capables d'oblitérer cet orifice. C'est le cas du polype fibreux constaté par M. Cornil, et c'est d'un cas de ce genre que Cruveilhier nous a laissé la description :

« Les végétations polypeuses de l'estomac ne peuvent « donner d'accidents que de deux manières : « 1° par « leur dégénération ; 2° par l'obstacle mécanique qu'elles « apportent au cours des matières alimentaires — C'est « au cardia et surtout au pylore que cet accident est à « redouter. Il existe parmi les dessins d'anatomie patho- « logique que la Faculté de Médecine a fait faire dans le « temps une très belle figure représentant un polype gas- « trique cylindroïde, né dans le voisinage du pylore, qui « pénétrait par cette orifice dans le duodénum. Ce cas a « été recueilli dans le service de M. Husson ; il paraît « que les accidents de rétention des matières de l'estomac « d'abord intermittents sont devenus ensuite permanents « et ont entraîné la mort. On conçoit que dans le prin- « cipe la tumeur devait s'engager incidemment et « comme par hasard dans le pylore, mais que plus tard, « lorsqu'elle eût acquis un grand développement elle a « dû y rester engagée, malgré les mouvements péristal- « tiques et antipéristaltiques de l'estomac, et la contraction « du pylore doit être un des obstacles les plus puissants « à la réduction de la tumeur dont elle tend sans cesse à « augmenter le volume en s'opposant au retour du sang « veineux et en déterminant des extravasations san- « guines. »

II

VÉGÉTATIONS POLYPIFORMES CANCÉREUSES

La meilleure description, que nous puissions donner de ces végétations, est contenue dans l'observation que nous reproduisons ci-dessous. On verra que ces productions parfaitement pédiculisées présentent une configuration et un aspect général qui fait que, prises à part, elles ressemblent absolument aux végétations polypeuses simples. Mais la co-existence d'un gros champignon cancéreux au voisinage du pylore et la constatation d'un cancer épithélial villeux dans le bas-fond de la vessie suffiraient à établir la nature cancéreuse de ces végétations. Au reste l'examen microscopique très-détaillé ne laisse aucun doute à cet égard.

Au point de vue clinique, ces petites végétations cancéreuses, de même que les polypes simples sont tout à fait latentes.

Observation I

Polypes cancéreux de l'estomac. — Tumeur épithéliale du pylore. — Tumeurs épithéliales pédiculées de la vessie. — Examen histologique.

Le nommé Hennequin Ch., âgé de 64 ans, chauffeur, est entré à l'hôpital Necker le 8 mai 1884. Il a d'abord été placé dans un service de médecine, mais on le fit passer le lendemain de son arrivée dans le service de M. le professeur Guyon, salle Saint-Vincent, n° 19. Cet homme n'a jamais été malade ; il habite Paris depuis très-longtemps et exerce la profession très-pénible de chauffeur de nuit dans une usine. Il s'est beaucoup fatigué dans ces derniers temps, il a perdu l'appétit et voyant sa faiblesse augmenter, il s'est décidé à entrer à l'hôpital.

Il raconte qu'en 1844, il a eu une blennorrhagie qui a duré pendant six semaines et qui a été soignée par les injections intra-uréthrales. Il a eu à cette époque une hématurie peu abondante. Depuis deux mois, il a remarqué qu'il avait des envies fréquentes d'uriner, que la quantité d'urine rendue à chaque miction était peu abondante et qu'elle était projetée sans force. Depuis deux semaines existe de l'incontinence persistant pendant le sommeil et le travail.

Le malade mange très-peu ; il n'a jamais vomi et n'a

jamais rendu de matières noires; il est très-affirmatif sur ce point. Les artères sont athéromateuses et les bruits du cœur très-rudes. Il a beaucoup maigri, a un peu d'œdème des membres inférieurs et présente une teinte jaune caractéristique.

Le toucher rectal permet de reconnaître que la prostate est très-volumineuse, qu'elle est molle et légèrement bosselée. L'exploration du canal permet de reconnaître l'existence d'un obstacle à l'union de l'urèthre antérieur avec l'urèthre postérieur, on peut passer une bougie n° 6 qui est laissée à demeure. L'urine contient du pus et après l'avoir filtrée on y trouve de l'albumine; la quantité d'urine rendue pendant les 24 heures est de deux litres et demi.

Le 14, le malade est très-affaissé, la teinte jaune-paille est plus marquée. L'œdème des membres inférieurs est plus accentué, on trouve aussi la verge et les bourses infiltrées. Une nouvelle exploration du canal est suivie d'une hématurie très-abondante, le sang est intimement mélangé à l'urine. L'existence d'un léger rétrécissement de l'urèthre ne pouvant expliquer cet état général, on pense à l'existence d'un cancer viscéral et chacun des appareils est examiné avec soin. On ne trouve rien du côté du tube digestif, à part une dilatation assez marquée de l'estomac; pas de tumeur au creux épigastrique; le malade n'a d'ailleurs jamais eu d'hématémèse, il n'a jamais vomi ses aliments, il a seulement perdu l'appétit. Sa respiration est normale. La prostate est très-volumineuse et bosselée; on pense un moment à l'existence d'une tumeur développée aux dépens de cette glande.

La cachexie fait de rapides progrès et le malade meurt le dimanche 18, sans avoir présenté aucun autre phénomène.

Autopsie. — L'autopsie a été pratiquée 28 heures après la mort. L'appareil urinaire a été d'abord enlevé : on a, après l'incision de l'urèthre et de la vessie, constaté la présence de masses polypiformes implantées sur le bas-fond vésical au nombre de six. Les parois de la vessie sont très-épaisses et de nombreuses colonnes font saillie à la face interne. C'est entre ces colonnes que viennent s'implanter, par des pédicules mesurant environ un centimètre, les plus petites des tumeurs, elles sont renflées et aplaties à leur extrémité et sous l'eau on peut reconnaître qu'elles sont formées par des lamelles juxtaposées et en certains points accolées les unes aux autres. Les quatre autres masses sont plus volumineuses; leur base correspond comme celle des précédentes au bas-fond ou plutôt au plancher de la vessie. La surface est comme hérissée de petites fongosités qu'il est facile de détacher. Elles s'implantent comme les précédentes entre les colonnes de la vessie ; l'une est très-rapprochée de l'orifice de l'uretère droit qui n'était pas dilaté.

On trouve que l'estomac est dilaté : après l'avoir incisé, on remarque au niveau du pylore une tumeur occupant cette région et ayant acquis le volume d'un œuf ; elle présente une coloration rougeâtre et sa surface est hérissée de petites saillies. Elle n'obturait pas complètement l'orifice pylorique. La cavité stomacale contient encore d'autres productions au nombre de sept. Ces pe-

tites tumeurs disposées par groupes présentent les caractères suivants : elles sont très manifestement pédiculées, leur extrémité renflée, du volume d'un pois à celui d'une noisette, est reliée à la paroi de l'estomac par un pédicule mesurant de un centimètre à un centimètre et demi, et très mince. Elles sont couchées sur la muqueuse mais n'ont contracté avec elle aucune adhérence. La surface est d'un rouge brunâtre ; elle est parsemée de petits mamelons, rappelant par leur disposition ceux que nous avons signalés sur la grosse tumeur du pylore. Quant au siège exact de ces polypes, on peut dire que trois d'entre eux assez rapprochés occupaient la grande courbure ; deux étaient implantés sur la paroi antérieure et deux sur la paroi postérieure non loin du pylore.

DESCRIPTION HISTOLOGIQUE DES VÉGÉTATIONS CANCÉREUSES PÉDICULÉES

1° Végétations polypiformes de l'estomac.

Une des végétations présentant une longueur d'environ deux centimètres et une largeur d'un demi centimètre à son extrémité libre, et de deux millimètres à peine au niveau du pédicule, a été coupée suivant son grand axe ; les coupes colorées au picro carmin ont été montées suivant les procédés habituels.

A un faible grossissement (ocul. 1, obj. 2, Verick) le

pédicule est représenté par une bande centrale uniformément teintée en rose, fibrillaire dans le sens longitudinal. Cette bande est creusée de quelques vaisseaux. Chacun des bords de cette bande est recouvert par une couche de muqueuse dont la constitution èst modifiée. Cette muqueuse, moins colorée que le centre du pédicule, ne présente pas de glandes à grand axe perpendiculaire à sa surface, mais seulement quelques alvéoles dontquelques-uns entièrement libres; aucun de ces alvéoles creusés dans la substance fibreuse ne s'ouvre par un orifice libre apparent à la surface de la muqueuse. La coupe a porté en même temps sur un lambeau adjacent de la muqueuse et sur la couche sous-muqueuse et la couche musculaire. Ces deux dernières ont conservé leur aspect normal, mais la première (couche muqueuse) a subi une transformation fibreuse et est creusée également de quelques alvéoles. Si l'on examine la portion large de la coupe du polype, on voit qu'elle présente à ce grossissement trois parties constituantes très différentes :

1° Au centre, des trabécules d'épaisseur variable en connexion en bas avec la bande fibreuse signalée dans le pédicule et s'entrecroisant dans tous les sens de manière à limiter des loges ou alvéoles de configuration très diverses suivant les points.

2° Aussi bien dans la muqueuse recouvrant la bande fibreuse du pédicule qu'entre les trabécules signalées plus haut, existent des logettes de dimensions très variables, les unes plus ou moins polyédriques ou circulaires, mais la plupart cependant affectant une forme allongée répondant à des tubes coupés obliquement. Ces

alvéoles sont remplis par des cellules qui se montrent sous l'aspect de grains serrés mais toujours moins colorés que les travées fibreuses. Au centre des alvéoles les plus volumineux on apperçoit une substance transparente, à peine granuleuse.

3e Tout à fait à la surface libre du polype, on voit une couche de très inégale épaisseur, très colorée en rouge et uniformément granuleuse.

A un fort grosissement (ocul. 1 obj. VIII Hartmach) la bande centrale très colorée du pédicule offre une striation longitudinale fibrillaire des plus nettes. Elle est évidemment formée par des fibres lamineuses très serrées et entremêlées de fibres élastiques extrêmement fines. Les vaisseaux sanguins inclus dans cette bande sont soit des capillaires, soit des artérioles ou des veinules coupés plus ou moins obliquement. Dans cette région, l'examen de la muqueuse montre que c'est à peine si on reconnait sa constitution normale. Signalons notamment l'absence de la muscularis mucosæ et le remplacement du stroma délicat de la muqueuse par un tissu vaguement fibrillaire limitant les alvéoles déjà mentionnés. Dans ces alvéoles qui tantôt se présentent comme de petits îlots arrondis ou allongés, tantôt au contraire, comme des espaces plus étendus à contours anfractueux et cloisonnés plus ou moins complètement par des bandelettes fibreuses minces, on trouve des cellules ayant bien l'aspect épithélial, mais de types mapholog iques très divers. Les unes, celles qui sont en contact immédiat avec la paroi alvéolaire sont assez régulièrement cubiques ou prismatiques et extrêmement granuleuses ; les autres, celles

qui sont au centre sont plutôt polyédriques que sphériques. Une remarque qui s'applique d'une façon générale à la plupart de ces alvéoles, c'est que leur grand axe est toujours parallèle à la surface de la muqueuse, contrairement à ce qui s'observe sur les follicules gastriques normaux. Ajoutons enfin que, dans quelques points de la muqueuse de cette région, la limite des alvéoles est très peu nette et qu'il y a comme une infiltration de petites cellules d'aspect épithélial disposés en petits boyaux indistincts dans la trame fibreuse. Si nous arrivons maintenant aux parties constituant, sur la coupe, la masse renflée du polype, nous voyons que les trabécules sont formés d'une substance fibreuse vaguement fibrillaire. Les alvéoles creusés dans cette substance fibreuse ou limités par des trabécules minces offrent, comme nous l'avons déjà dit, des dimensions très différentes. En examinant le contenu d'un petit alvéole légèrement allongé, on voit qu'il est rempli de cellules cubiques ou polyedriques.

Dans les alvéoles un peu plus volumineux, les cellules ont une tendance à prendre le style cylindrique, et cela est surtout apparent dans les points où les alvéoles ont l'aspect de tubes coupés longitudinalement. Parmi les alvéoles plus volumineux encore, les uns sont entièrement remplis de cellules polyédriques ou sphériques d'inégales dimensions, avec une quantité variable de matière amorphe interposée entre les éléments figurés, les autres contiennent, outre les cellules, une partie centrale claire granuleuse mêlée de quelques leucocytes et qui est vraisemblablement du mucus concret. Notons

que dans quelques-unes des cellules polyédriques, on observe non-seulement la présence d'un noyau (fait général) mais encore la présence de gros noyaux bourgeonnants. La couche superficielle teinte en rose foncé par le carmin, examiné au même grossissement, laisse voir, outre une substance granuleuse très abondante, un certain nombre de cellules qui y sont plongées. Ces cellules, les unes sphériques, les autres avec un contour très peu distinct sont comme englobées dans la substance amorphe granuleuse. Cette substance paraît être un produit de désintégration de l'épithélium qui devrait recouvrir la surface du polype, elle contient des granulations groupées sous forme zoogléique, très-brillantes, qui s'enfoncent à une profondeur variable et qui sont très-certainement des parasites végétaux.

Sur une coupe perpendiculaire à l'axe du polype, on observe à un faible grossissement des particularités qui répondent bien à ce qui a été vu sur la coupe parallèle au grand axe. La zone extérieure granuleuse n'existe que par îlots. La partie centrale du polype présente une zone dans laquelle la plupart des alvéoles creusés au sein du tissu fibreux ont un aspect assez régulièrement arrondi ; leur surface est du reste variable. Dans la plus grande partie de l'étendue de la coupe, on voit que le tissu fibreux est disposé sous forme de bandes sinueuses s'entrecroisant en tous sens et limitant des espaces épithéliaux beaucoup moins teintés par le carmin. Cet aspect rappelle assez bien celui que donne le foie sclérosé dans la variété de cyrrhose dite annulaire quant à la disposition du tissu fibreux au moins, et des îlots épithéliaux. A un fort gros-

sissement, les alvéoles arrondis qui correspondent certainement aux espaces tubulés allongés vus sur la coupe longitudinale renferment les mêmes cellules et la même substance granuleuse qui ont été mentionnées plus haut. Quant aux alvéoles peu volumineux relativement au stroma fibreux qu'on trouve dans presque toute l'étendue de la coupe, ils sont pleins de petites cellules à contours peu distincts et très-granuleuses.

2° *Examen de la tumeur du pylore.* — Une coupe portant sur un fragment de la masse rougeâtre saillante, avoisinant le pylore, examinée à un faible grossissement se montre constituée par des trabécules fibreuses claires et par des îlôts épithéliaux foncés de configuration très-variable. Cet aspect est celui que présente le carcinôme épithélial.

A un fort grossissement, les éléments entrant dans la constitution des alvéoles sont plus ou moins polyédriques granuleux et ont tous les caractères d'un épithélium modifié.

3° *Examen des tumeurs polypiformes de la vessie.* — La coupe d'un petit fragment vue à un faible grossissement présente des villosités très-allongées, ramifiées, constituées par une charpente de tissu fibreux. Chacune des villosités est revêtue par une couche d'une épaisseur variable offrant les caractères d'un épithélium Il est à remarquer qu'au centre du fragment on voit une grosse trabécule sur laquelle les petites villosités semblent se greffer. Le centre même de cette trabécule centrale pré-

sente des vaisseaux sanguins assez volumineux gorgés de globules rouges.

A un fort grossissement, la charpente des villosités présente la constitution habituelle du tissu fibreux. Quant à l'épithélium de revêtement, il est parfaitement net, composé de cellules polymorphes rappelant tout à fait le polymorphisme de l'épithélium vésical à l'état normal. On y voit des cellules en raquette, des cellules sphériques, des cellules polydédriques avec un très-gros noyau central, présentant lui-même un nucléole.

Dans quelques cellules même il existe deux noyaux ou un gros noyau en voie de segmentation.

Conclusions générales. — D'après les caractères hystologiques présentés d'une part par les petites tumeurs pédiculées et par la masse fongeuse située au voisinage du pylore, d'autre part par la tumeur occupant le bas fond de la vessie, il ne peut pas être douteux qu'on se trouve en présence d'un cancer épithélial, mais ce qui fait véritablement l'intérêt de cette observation anatomique, ce sont les modifications morphologiques fort curieuses que présente le néoplasme suivant les régions dans lesquelles il s'est développé.

Ces modifications se rapportent à des conditions de structure normale qui varient évidemment suivant que l'on envisage la vessie ou l'estomac. Dans la vessie rien de plus fréquent que l'épithélium villeux, bien qu'à l'état normal chez l'adulte, c'est à peine si on note quelques papilles dans le chorion de la muqueuse. Dans l'estomac,

la présence de villosités rudimentaires signalées par Rokitanski chez les animaux et même chez l'homme a été invoquée comme cause de la production de végétations polypeuses simples, cette présence peut également être incriminée comme favorisant la production de petits noyaux cancéreux ayant la forme polypeuse. Quoi qu'il en soit, il est impossible dans cette observation de fixer le point de départ de l'infection cancéreuse; est-ce le cancer vésical qui a débuté ? est-ce le cancer stomacal ? il est probable que le début a eu lieu par la vessie et que la généralisation du néoplasme s'est faite en suivant une marche ascendante, comme cela est habituel. Ce qui vient à l'appui de cette hypothèse, c'est que la généralisation descendante du cancer de l'estomac se propageant à la vessie sans participation du péritoine serait un fait absolument exceptionnel.

En résumé ce qui ressort de cette observation, c'est qu'aussi bien au point de vue microscopique, qu'au point de vue macroscopique, les manifestations cancéreuses présentent des modifications morphologiques suivant les localisations organiques.

Observations

Nous avons, dans les quelques pages consacrées à l'historique, résumé les communications qui ont été faites à la société anatomique.

Les auteurs signalent, en quelques mots seulement, les caractères macroscopiques des tumeurs polypeuses qu'ils ont la plupart du temps trouvées à l'amphithéâtre. Dans ces dernières années seulement, on a, à l'aide du microscope, étudié la structure intime des végétations et on a cherché à connaître d'une façon plus exacte leur point de départ et les rapports qu'elles présentaient avec les différentes tuniques de l'estomac. Nous avons pensé qu'il serait bon de rapprocher ces différentes observations de celles que nous publions dans notre travail, afin qu'on puisse voir que si, au point de vue macroscopique il y a quelques rapprochements à établir, il existe de grandes différence au point de vue microscopique.

Observation II (1)

(*Polype fibreux*)

La nommée S..., âgée de 85 ans, est entrée à l'infirmerie des Incurables, dans le service de M. Charcot, le 9 octobre 1863. Elle était en démence sénile, parlait peu et déraisonnait.

Ses membres étaient continuellement agités par des tremblements, et elle ne pouvait se soutenir ni se lever ; elle était entrée à l'infirmerie avec de la fièvre causée par une eschare au sacrum.

L'infirmière qui la faisait manger (car elle ne pouvait porter elle-même ses aliments à sa bouche sans les renverser), nous dit qu'elle prenait très peu de nourriture, que les matières liquides ou

(1) Présentée à la société anat. de Paris par M. Cornil, année 1863.

demi-liquides, telles que la soupe, la bouillie, étaient les seules qui pussent passer.

Elle refusait la viande et le pain, et, de plus, il fallait lui donner sa nourriture par petites gorgées. D'après les renseignements des gens de services et de ses voisines, il parait qu'elle se plaignait souvent de souffrir de l'estomac.

Elle n'a présenté ni nausées, ni vomissements pendant un mois et demi q'uelle a passé à la Salpétrière ; elle avait une seule selle involontaire par jour. Elle est morte le 17 décembre 1863.

A l'autopsie faite le 18 décembre, on trouve le cœur normal, l'aorte athéromateuse, le lobe inférieur du poumon gauche affaissé, congestionné, peu crépitant.

Sur la muqueuse de l'estomac, on voit quatre ou cinq petites saillies de la grosseur d'une lentille à un petit pois, rondes, hémisphériques, saillantes, vascularisées ; elles siégent à la moitié droite ou pylorique de l'estomac.

D'autre part, un très-gros polype, long de cinq centimètres sur trois centimètres de largeur, ovoïde, pédiculisé, mobile, bouche complètement l'orifice pylorique ; sa position est du reste variable ; ainsi, on peut le relever du pylore où il est engagé, et alors il est flottant dans la cavité stomacale. La membrane muqueuse le recouvre partout, excepté à sa base ou extrémité libre ; en ce point, la muqueuse est interrompue brusquement et on voit la substance du polype qui présente là une surface de coloration ardoisée.

Sur tout le reste de son étendue, il est recouvert par la muqueuse, qui est elle-même hypertrophiée.

En faisant une coupe de la muqueuse, on voit qu'elle a une épaisseur de un à deux millimètres.

Les glandes de cette partie de la muqueuse sont distendues et converties en petits kystes exactement sphériques, ressemblant aux œufs de Naboth du col utérin.

Ces petits kystes ont d'un demi à un millimètre de diamètre.

En examinant à l'état frais des coupes minces de cette muqueuse, on voit que sa surface possède un riche réseau de capillaires injectés et des villosités courtes.

Les glandes sont toutes distendues plus ou moins, et celles qui le sont le plus sont visibles à l'œil nu, sous formes de petits kystes ; l'un de ces derniers, bien que très volumineux, laisse apercevoir son orifice ou goulot, d'où s'échappe le liquide muqueux qu'il contient, avec des cellules épithéliales distendues et transparentes.

La partie centrale, fondamentale du polype, est un tissu ferme, élastique, fibreux, gris, composé d'éléments de tissu cellulaire et élastique et de noyaux.

Le pancréas est gros, aplati, et le siège de nombreux kystes, variant de la grosseur d'un pois à une petite noix, contenant soit un liquide citrin, muqueux, soit avec ce liquide, une partie plus épaisse et comme cancéeuse, blanche.

Ces kystes sont multiloculaires ; les autres parties du pancréas ont conservé leur structure glanduleuse normale.

Les kystes sont produits par la distension d'un certain nombre d'acinis ; les ganglions lymphatiques de la région sont gros, blancs sur une coupe et mous (sans altération). Les autres organes de l'abdomen (reins, vessie, utérus, foie) sont normaux.

Enfin le cerveau est petit, la pie-mère œdémateuse et les vaisseaux athéromateux.

A propos de l'observation précédente, j'ai exposé à la société les résultats de quatre autopsies faites à la Salpétrière dans le service de M. Charcot, où nous avons rencontré des productions analogues sur la muqueuse stomacale.

Deux de ces faits ont été présentés à la société de biologie et se trouvent reproduits dans la Gazette médicale (23 janvier 1864).

Dans ces deux observations et dans une troisième tout à fait identique, les excroissances polypeuses de l'estomac étaient développées uniquement aux dépens de la muqueuse et particulièrement de ses glandes.

Ils différaient donc essentiellement de l'observation que je viens de rapporter, où la partie la plus volumineuse du polype est une hypertrophie du tissu cellulaire sous-muqueux.

Dans les trois premières observations, la muqueuse stomacale

présentait autour des productions polypeuses, une formation très abondante de villosités autour de l'orifice des glandes. Ces villosités qui existent à l'état normal chez certains animaux et qui, rudimentaires chez l'homme, se rencontrent, suivant Rokitanski, (1) dans la gastrite catarrhale, jouaient un rôle important dans la genèse des polypes.

Nous avons, en effet, présenté à la Société, des figures et des préparations microscopiques montrant que ces villosités formaient une couche épaisse à la surface de certains polypes et oblitéraient complètement le conduit excréteur des glandes. Consécutivement à l'adhérence des villosités, les unes aux autres, et à l'oblitération des conduits glandulaires, les culs-de-sac des glandes stomacales étaient hypertrophiés, multipliés et transformés par l'isolement des culs-de-sac en cavités closes contenant des cellulles épithéliales.

Ces cavités closes possédaient une membrane anhyste, une couche épithéliale généralement simple, formée de cellules cylindriques ou pavimenteuses, et un contenu muqueux, riche en cellules sphériques dilatées. Ces alvéoles glandulaires occupaient en général toute l'étendue de la production polypeuse; elles étaient oblongues ou sphériques, et mesuraient de 0 m. m., 09 à 0 m. m. 5 en diamètre.

Dans une observation, leur revêtement épithélial était composé de cellules cylindriques, dont la longueur était de 0 m. m. 0 45, sur 0 m. m. 003, à 0 m. m. 006 de largeur, et dont le noyau allongé était situé dans l'axe de la cellule.

Dans les deux autres observations, la couche pariétale des alvéoles, possédait des cellules arrondies ou polyédriques de 0 m. m. 006, à 0 m. m. 09 de longueur.

Ces alvéoles glandulaires formées évidemment aux dépens des glandes stomacales et ne dépassant pas comme siège le tissu lamineux sous-cutané, avaient comme structure de nombreux points de ressemblance avec les alvéoles cancéreuses.

(1) Lehrbuchder. Path. anat. 3e vol p. 155, 3e édit. 1859

C'est là une des particularités les plus intéressantes qui ressorte de leur étude, et elle vient appuyer les recherches de Reinhardt, de Remak, de Robin, etc., sur l'analogie de structure des tumeurs, provenant certainement de l'hypertrophie glandulaire, avec les tumeurs dites cancéreuses.

Dans le cas que nous avons présenté à la Société anatomique, la moyenne partie du polype n'avait aucun rapport avec les glandes de l'estomac ; le polype était fibreux, mais il était recouvert par une muquense hypertrophiée, dont les glandes étaient dilatées et distendues, sphériques, pleines d'un liquide épais muqueux, et transparentes.

Ces kystes muqueux, situés à la partie la plus superficielle de la muqueuse, parfois même saillants à sa surface, avaient la plus grande analogie avec les œufs de Naboth de la cavité du col utérin. Ils reconnaissaient la même origine glandulaire, possédaient une membrane propre, un contenu riche en cellules vésiculeuses distendues et sphériques, et on pouvait, comme pour les œufs de Naboth, leur reconnaitre un orifice étroit.

Leur mode de développement ne paraissait pas, comme dans les observations précédentes, pouvoir être rapporté à la compression et à l'oblitération du conduit excréteur par des villosités de nouvelle formation.

Wilson Fox, (1) dans un travail dont il a puisé les éléments à l'Institut anatomique de Berlin, et Virchow (2) ont décrit et figuré les dilatations des glandes.

La dilatation, dans les cas observés par Fox, portait tantôt sur le conduit excréteur seul, le cul-de-sac glandulaire restant normal, tantôt sur le cul-de-sac seul ou sur toute la glande.

Le docteur Wilson Fox regarde cette dégénération kystique des glandes de l'estomac comme des lésions de la gastrite catarrhale chronique.

Il est probable que dans les cas qu'il a observés ainsi que dans

(1) Medico-chirurg. Transactions, t. XVI, p. 360.
(2) Die Krankhaften, geschaülste, 1863, t. I, p. 234.

celui que j'ai rapporté à la Société, la distension des glandes était due à une altération inhérente au liquide qu'elles sécrètent ; que ce liquide, devenu plus épais par l'état vésiculeux des cellules qu'il contient, a éprouvé une gène mécanique à sortir par le goulot des glandes et par suite dilaté ces dernières sous forme de kystes.

Observation III

(Recueillie par M. Cornil)

(POLYPES MUQUEUX)

Nous avons rencontré deux fois, pendant le mois de juillet 1863, dans les services de l'infirmerie de la Salpétrière, des polypes muqueux de l'estomac.

Le premier fait est relatif à une femme morte avec une néomembrane généralisée et épaissie de la dure-mère et une cirrhose du foie.

Elle avait pendant sa vie des habitudes d'ivrognerie et avait vomi du sang quelques jours avant sa mort.

La muqueuse de l'estomac présentait les caractères habituels d'une gastrite chronique, petites plaques et mamelons rosés, vascularisés, alternant avec des plaques déprimées et blanches ; pigment noir infiltrant les couches superficielles de la muqueuse et lui donnant en certains points une coloration ardoisée.

En outre, on voyait sur elle huit ou dix végétations ayant une base large ou rétrécie, variant du volume d'un grain de chenevis à une fève, nombreuses surtout en se rapprochant du pylore et à la petite courbure.

Ces saillies polypeuses étaient mamelonnées, molles, rosées, plus ou moins injectées.

On pouvait voir à la surface de celles qui étaient le plus vascularisées un assez riche réseau de capillaires.

C'est sur la structure de ces petits polypes que j'ai spécialement attiré l'attention de la société; je les ai examinés au microscope à l'état frais, desséchés et durcis dans l'acide chromique.

Sur des coupes perpendiculaires à leur surface et comprenant toute leur étendue ainsi que les membranes de l'estomac, examinées à de faibles grossissements de 12 ou 50 diamètres, on voyait les deux couches musculaires de l'estomac, le tissu cellulaire sous-muqueux épaissis et contenant de gros vaisseaux, puis le champignon polypeux lui-même, qui se continuait directement avec la muqueuse voisine saine ou un peu hypertrophiée.

Dans cette partie saillante de la muqueuse qui représentait le polype, on voyait de longs tractus droits ou sinueux parallèles qui, partant de la profondeur, venaient se terminer par une extrémité libre et arrondie à la surface. En outre, dans la plus grosse des tumeurs examinées, qui avait un demi-centimètre en hauteur existaient plusieurs cavités généralement allongées mais dont l'une placée au centre était arrondie.

Les mêmes préparations, examinées avec un grossissement de 220 diamètres, nous ont montré les particularités suivantes :

Les longs tractus qui mesuraient presque toute l'étendue en diamètre de la saillie muqueuse étaient formés par une membrane limitante anhyste partout bien nettement visible; leur longueur était de $0^{mm},05$ à 0,1; ils contenaient dans leur intérieur des noyaux pâles légèrement granuleux à contours peu foncés, ayant de $0^{mm},005$ à $0^{mm},006$, en diamètre, généralement arrondis ou ovalaires, placés au milieu d'une substance finement granuleuse; ils se terminent à la périphérie du polype, au-dessous de sa surface extérieure, par une extrémité libre, arrondie, généralement un peu renflée.

Un assez grand nombre de ses villosités contenait en outre des noyaux, des gouttelettes graisseuses, réfringentes, jaunes, dont le volume variait de $0^{mm},005$ à $0^{mm},015$.

Quant aux cavités plus grandes qui se trouvaient dans le plus

gros des polypes examinés, elles étaient constituées par une membrane limitante anhyste bien visible, tapissée à son intérieur par une couche simple ou double d'épithélium cylindrique.

Ces cellules d'épithélium étaient longues de $0^{mm},045$ sur $0^{mm},003$ — $0^{mm},006$, de large parallèles entre elles, formant une couche continue munie d'un noyau allongé, bordées à leur surface libre par une zone claire comme les cellules de l'intestin et ne montrant pas de cils vibratils.

Enfin dans l'intérieur de ces cavités kystiques se trouvait un liquide contenant des cellules épithéliales devenues rondes et granuleuses.

Observation IV (*Recueillie par M. Cornil*).

POLYPE MUQUEUX

Une femme de 80 ans, hémiplégique et gâteuse depuis neuf mois, meurt de pneumonie sans que nous ayons pu nous procurer de renseignements exacts sur ses antécédents.

A l'autopsie, on trouve un ramollissement du lobe postérieur droit et toutes les lésions d'une pneumonie fibrino-purulente.

A l'ouverture de l'abdomen, on aperçoit sur le péritoine diaphragmatique du côté gauche et sur toute la surface séreuse de l'estomac, des filaments grêles et allongés, d'une transparence perlée particulière, simples ou rameux, en nombre considérable, mesurant de 1 à 5 millim. de longueur.

L'examen microscopique a montré que c'étaient les corpuscules de Vater bien caractérisés par leur enveloppe concentriques et leur filet nerveux. Un grand nombre étaient ramifiés à leur extrémité libre (M. Ordonnez a vérifié l'exactitude de cette particularité anatomique).

La rate était saine. Le foie contenait dans son intérieur une

coque fibro-calcaire de la grosseur d'une petite noix remplie d'une bouillie caséeuse..

Les reins étaient parsemés de petits kystes à leur surface.

La muqueuse de l'estomac était épaissie, mamelonnée, parsemée d'arborisations vasculaires et de plaques ardoisées.

A l'union du tiers droit avec le tiers moyen de cette surface, on voyait deux saillies, l'une polypeuse, l'autre à base large et à sommet légèrement déprimé.

La première présentait un pédicule grèle, allongé formé par la muqueuse et possédant à son centre des vaisseaux (artères et veines).

Le corps du polype était arrondi et lobulé en forme de choufleur, il avait le volume d'une grosse noisette.

On pouvait, par une traction exercée sur lui, faire glisser la muqueuse et allonger ainsi le pédicule...

La seconde tumeur était circulaire, hémisphérique, non pédiculisée, déprimée à son centre et d'un diamètre de 1 centimètre environ.

Ces deux petites tumeurs étaient couvertes d'un beau réseau de capillaires qui leur donnaient une coloration rosée.

Sur les coupes verticales, on constatait que la muqueuse seule et le tissu cellulaire muqueux participaient à leur formation.

Il s'écoulait de la coupe une sérosité légèrement teintée de sang mais pas de liquide laiteux comme dans le cancer.

En regardant de près la muqueuse dans leur voisinage et dans toute la région pylorique de l'estomac, on pouvait voir de petites saillies villeuses plus ou moins allongées, bien marquées surtout sur le pédicule du polype.

L'examen microscopique de la muqueuse et de ces productions nouvelles a été fait, le jour même de l'autopsie, et longtemps après lorsque la pièce eut durci dans l'acide chromique.

En voici le résultat :

Les coupes verticales de la muqueuse examinées à 40 diamètres, montraient les tubes glandulaires de l'estomac avec leur volume et leur contenu normal, mais le pourtour de leur orifice

stomacal était hérissé de villosités plus ou moins longues ; tantôt le pourtour de leur orifice était seulement hypertrophié et plus saillant qu'à l'état normal, tantôt cette hypertrophie avait donné naissance à la formation des villosités atteignant jusqu'a 1 millimètre de longueur.

Elles étaient d'autant plus nombreuses, plus grosses et plus voisines les unes des autres, qu'on se rapprochait des petites tumeurs décrites précédemment.

Sur les coupes verticales de la tumeur non pédiculisée, ces productions villeuses forment une couche superficielle où elles sont adhérentes par leur partie profonde les unes aux autres, libres seulement par leur sommet, de telle sorte qu'on ne peut plus distinguer d'orifice aux glandes en tube.

Au-dessous de cette couche, les glandes de la muqueuse sont elles-mêmes hypertrophiées et ont changé d'aspect.

Rarement elles se présentent sous une forme allongée, mais presque toutes sont transformées en petites cavités arrondies, tapissées par leur épithélium sphérique ou polydrique.

Ces deux couches, papillaire et glandulaire constituent la moyenne partie de la tumeur dont la couche profonde est formée par l'hypertrophie du tissu cellulaire sous-muqueux.

La tumeur pédiculée, examinée à de faibles grossissements sur des coupes verticales, présente seulement des vacuoles généralement arrondies, glandulaires, tapissées par un épithélium et entourées par un très-riche réseau vasculaire.

La couche superficielle papillaire a presque partout disparu.

Les vaisseaux vont en augmentant de volume et diminuant de nombre de la superficie du polype au pédicule, au centre duquel on ne trouve qu'une artère et une veine.

Les villosités examinées à de plus forts grossissements ne nous ont jamais paru posséder de vaisseaux ; il est vrai que pour être assuré de leur non existence, il aurait fallu faire une injection des artères de l'estomac.

Ces villosités mesurent en largeur de $0^{mm}040$ à 0,075.

Elles possèdent une membrane anhyste limitante à deux contours bien nettement visible sur certains.

Leur tissu est une substance fondamentale dense, renfermant un grand nombre de noyaux très-rapprochés les uns des autres et de $0^{mm}006$ dans leur plus grande longueur.

Ces productions que dans notre première communication nous étions porté à regarder comme des glandes retournées sont pleines et sans lumière centrale, ce dont nous nous sommes assurés sur des coupes perpendiculaires à leur longueur.

Les vacuoles glandulaires du polype mesurent en moyenne de $0^{mm}09$ à $0^{mm}15$ dans leur plus grand diamêtre ; elles sont arrondies ou oblongues, pressées les unes contre les autres et séparées par un tissu cellulaire peu abondant servant de gangue aux vaisseaux.

Leur membrane d'enveloppe est épaisse à deux contours : les cellules qu'elles contiennent forment une couche près de la paroi.

Ces cellules sont arrondies ou légèrement polyédriques, de $0^{mm}09$ à $0^{mm}009$.

On voyait en outre de cette couche pariétale des cellules libres au centre de l'acinus, et plus ou moins granuleuses.

En résumé, on voit que dans la moitié gauche de l'estomac existaient des villosités au pourtour de l'orifice des glandes, phénomène constant chez certains animaux, mais très rare chez l'homme, et attribué par Rokitanski (1) à la gastrite catarrhale.

Les tumeurs saillantes présentaient dans leur structure une couche superffcielle de villosités réunies entre elles sans trace de conduits excréteurs, et une couche profonde formée par l'hypertrophie des glandes transformées en petites cavités closes.

Nous croyons en outre pouvoir affirmer en nous basant sur l'étude de l'une de ces tumeurs, que l'hypertrophie des villosités et leur adhérence entre elles a été la cause de l'oblitération des conduits et de l'hypertrophie des culs-de-sac glandulaires.

(1) Anatom. pathol. 3e vol. p. 155, 3e édit.

Observation V

(Recueillie dans le service de M. Cornil, à St-Antoine)

(Polype muqueux)

Le nommé B..., âgé de 64 ans, professeur de français, entre le 10 janvier 1879, au n° 10 de la salle Saint-Augustin.

Ce malade, qui a éprouvé des revers de fortune, des chagrins et des privations de tous genres et qui s'est mal nourri en raison même de sa pauvreté, s'est fatigué beaucoup au mois d'octobre dernier; il est malade depuis trois mois environ. Avant cette époque, il avait toujours été bien portant.

Depuis le mois d'octobre il a été s'affaiblissant de jour en jour. En outre, à la suite de privations portant sur sa nourriture, sur la quantité et la qualite de ses aliments, il a eu de l'anorexie, mais sans vomissements. La respiration était gênée.

Etat actuel. — Le malade est amaigri, fatigué, d'aspect sénile. A l'auscultation des poumons, on entend des râles sous-crépitants fins, à la base du thorax, en arrière à gauche.

Le foie est gros et déborde les fausses côtes. A l'auscultation du cœur, on entend des bruits secs, durs, claqués, à la base et à l'origine de l'aorte. Il n'y a pas de bruit de souffle à la pointe. Les artères crurales et iliaques sont dures et athéromateuses. Les malléoles sont œdématiées; il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Pendant toute la durée du séjour du malade dans le service, il a perdu progressivement son appétit; il s'est affaibli graduellement de plus en plus et il était impossible de l'alimenter. Malgré les médicaments donnés pour exciter son appétit et relever ses forces, le malade mourut le 7 février subitement.

On a constaté pendant la vie, un léger épanchement pleurétique du côté droit.

Autopsie. — L'ouverture du cadavre est faite le 8 février. La plèvre droite, contient environ trois quarts de litre de liquide citrin ; la plèvre gauche renferme aussi du liquide en moindre quantité, environ un demi-litre.

Dans la plèvre droite, ce liquide est infiltré entre des adhérences filamenteuses et fibreuses qui unissent la plèvre costale et la plèvre viscérale. La plèvre viscérale du côté droit est épaissie et elle présente du liquide épanché au milieu de son tissu conjonctif, de telle sorte que, sur une coupe elle paraît œdématiée et infiltrée d'un liquide transparent.

Le poumon gauche est emphysémateux dans son lobe supérieur, surtout dans le bord antérieur de ce lobe. Le sommet de ce poumon montre une adhérence de la plèvre viscérale avec la plèvre pariétale mais il n'existe pas de noyaux durs, ni de tubercules dans le poumon à ce niveau.

Le lobe inférieur est œdémateux.

Le poumon droit offre les mêmes lésions, c'est-à-dire de l'emphysème dans son lobe supérieur et de l'œdème de ses lobes moyen et inférieur.

Le cœur est de volume à peu près normal et n'offre d'hypertrophie que celle qu'on trouve habituellement à l'âge du sujet.

L'aorte est athéromateuse : mais il n'y a pas de rétrécissement ni d'insuffisance aortique, ni de dilatation de l'aorte à son origine. La valvule mitrale est suffisante, bien que son bord libre soit notablement épaissi. Le ventricule droit n'est pas hypertrophié.

Le pancréas est normal : le foie normal.

La rate assez grosse est adhérente au péritoine; sa capsule fibreuse est épaissie et on y trouve une plaque dure, épaisse et cartilaginiforme à sa surface.

Les reins sont anémiques et lobulés ; mais sans qu'il y ait coloration ni apparence anormale de leur substance corticale.

La vessie pleine d'urine, offre une muqueuse lisse et sans lésions.

L'intestin ne présente pas d'ulcérations ni de lésions. Le gros intestin est plein de matière fécale.

Les ganglions lympathiques, mésentériques et lombaires sont petits et normaux.

L'estomac est rétréci et petit; il contient une certaine quantité de mucus coloré par la bile. Le pylore est contracté. La muqueuse et la tunique musculeuse sont épaissies et indurées à son niveau.

Un peu au-dessus de l'anneau pylorique on voit un petit polype muqueux, ayant la forme d'un champignon; il est renflé à son extrémite libre qui présente à peu près le volume de l'extrémité du petit doigt.

La tête de ce petit polype est remflés et spéroïde; elle fait suite à un col un peu rétréci qui se continue avec un pédicule renflé à sa base. La base de ce polype se divise en trois branches ou plis qui se continuent avec les plis de la muqueuse voisine. Au niveau de son implantation, l'estomac est épaissi aussi bien dans sa couche muqueuse que dans sa tunique musculeuse.

La surface de la muqueuse stomacale au niveau de la tête du polype est irrégulière et lorsqu'on l'examine sous l'eau, elle paraît un peu villeuse.

Sur une section de tout le polype examiné à l'œil nu, on voit qu'il est formé dans sa plus grande partie, aussi bien dans sa tête que dans son col et à sa base par un épaississement considérable de la muqueuse.

Le polype, sa base et la muqueuse avoisinante ont été placés dans la liqueur de Müller pendant plusieurs jours; puis dans la gomme et la colle de façon à obtenir un durcissement complet.

Les figures 1 et 2 représentent la première, le polype vu à sa surface ; la deuxième une section qui le divise en deux parties.

On voit dans la figure 1, la tête du polype A, son col B, et sa base D, qui se divisent en trois plis qui lui forment un trépied.

Dans la figure 2, on peut constater que le tissu conjonctif sous-muqueux T, est épaissi à la base du polype, et qu'il envoie des prolongements jusqu'au milieu de sa tête. On peut voir aussi le boursoufflement de la muqueuse en A' et B'.

Les sections perpendiculaires à la surface du polype et faites dans le même sens que la figure 2, ont montré une hyperthophie considérable des glandes de la muqueuse au niveau de la tête du polype et dans ses diverses parties.

La figure 3, dessinée à un grossissement de 20 diamètres, représente un segment de la surface de la tête du polype.

Dans cette figure, on constate que la surface du pylore est villeuse, hérissée de petites saillies papillaires *a* qui séparent les orifices des glandes *b*. Ces orifices glandulaires sont eux-mêmes dilatés et les villosités superficielles se continuent directement avec le tissu conjonctif qui sépare les conduits glandulaires les uns, d'avec les autres (1) ; si l'on poursuit profondément ces conduits glandulaires très allongés, on les voit se résoudre dans les culs-de-sac glandulaires, extrèmement nombreux *c* qui forment des agglomérations considérables et qui constituent la plus grande partie de la tête du polype.

Ces culs-de-sac glandulaires, séparés les uns des autres par des travées de tissu fibreux, ressemblent par leur ensemble et leur agglomération à des glandes en grappes acineuses à culs-de-sac extrêmement nombreux. Chaque ilôt *m*, composé de culs-de-sac est, en effet, séparé du voisin par une enveloppe épaisse de tissu fibreux. Ce tissu fibreux vascularisé, se continue directement avec le tissu fibreux central du pédicule du polype.

Lorsqu'on examine avec un fort grossissement, les culs-de-sac précédemment indiqués, on y reçonnaît la structure complète des glandes muqueuses.

Ainsi, dans la figure 4, dessinée à un grossissement de 300 diamètres, on voit que chaque cul-de-sac est constitué par une membrane mince, anhyste, et par des cellules prismatiques, à contenu muqueux, claires, transparentes, sans protoplasma grenu.

(1) Ces conduits sont tapissés par un épithélium cylindrique, dont la grande majorité présente l'aspect caliciforme.

Ces cellules laissent au centre des culs-de-sac une lumière étroite.

Leurs noyaux qui sont petits, discoïdes ou ovoïdes, siègent à la base des cellules et sont contigus à la membrane des culs-de-sac.

Les villosités ou papilles de nouvelle formation qui se montrent à la surface de la muqueuse, non seulement au niveau de la tête du polype, mais sur toute l'étendue de son col et de son pédicule, sont constituées par du tissu conjonctif et des vaisseaux.

A la surface de ces papilles, on ne trouve plus l'épithélium de la muqueuse, qui est desquamée, comme cela a toujours lieu vingt-quatre heures après la mort.

Le tissu conjonctif de ces villosités de nouvelle formation, présente dans son intérieur, entre ses fibres des granulations et des gouttellettes graisseuses assez volumineuses.

Ces papilles sont infiltrées par les matières grasses, alimentaires, de la même façon que les villosités normales de l'intestin grêle, qui servent à l'absorption des graisses.

A la base du polype, à la partie inférieure de son pédicule, la tunique musculeuse de l'estomac est extrêmement hypertrophiée et les fibres musculaires pénètrent dans la partie la plus inférieure de ce pédicule (1).

Observation VI

Cruveilhier. Atlas d'anat. pathol. XXXe livraison fig. 2. p. 2

La figure 2 représente un estomac, de la face interne s'élevaient une multitude de végétations polypeuses de diverses formes et de

(1) Nous regrettons vivement de n'avoir pu nous procurer les figures mentionnées dans cette observation.

diverses dimensions. Plusieurs étaient groupées autour de l'orifice œsophagien. L'une d'elles avoisinait le pylore. Toutes étaient exclusivement formées aux dépens de la membrane muqueuse. La longueur du pédicule était en rapport avec le poids de la végétation. Le plus grand de ces polypes était bifurqué et lobuleux. La coupe du pédicule établit que les membranes de l'estomac, autres que la muqueuse, sont complètement étrangères à la formation de ce polype.

Ces polypes paraissaient d'ailleurs formés par un épaississement, une hypertrophie circonscrite, sans changement de structure de la muqueuse.

Le poylpe principal présentait dans sa texture une disposition aréolaire et gélatiniforme que j'ai pu prendre d'abord pour des follicules muqueux très développés, mais qui, plus attentivement examinée, m'a présenté tous les caractères d'un cancer aréolaire gélatiniforme.

Les granulations qu'on remarque autour de quelques-uns de ces polypes, ne sont autre chose que des follicules muqueux développés.

Les végétations polypeuses de l'estomac sont presque toujours multiples, leur forme variée dans les premiers temps de leur production.

Quelquefois, ce sont dans le principe de simples épaississements circonscrits de la muqueuse; d'autres fois des mamelons côniques, à sommet libre, des mamelons cylindroïdes; mais à mesure que l'hypertrophie avec ou sans dégénération fait des progrès, elle se présente sous l'aspect de tumeurs sphéroïdales, lobuleuses pédiculées.

Les intestins ne sont pas à l'abri des végétations polypeuses; j'ai fait représenter un bel exemple du polype de l'intestin grêle dans un cas d'invagination ; et il ne serait pas impossible que la présence de ce polype n'eut contribué à cette invagination.

J'ai également observé tout récemment un petit polype dans le gros intestin : c'était une tumeur lie de vin foncée, du volume d'une grosse aveline, naissant par un pédicule long et grêle. Cette

tumeur, divisée, présenta du sang infiltré dans le tissu de la muqueuse.

On rencontre pour ainsi dire, tous les jours, à la Salpétrière, des polypes du même ordre, naissant de la face interne du corps de l'utérus, plus rarement du col : ce sont des végétations plus ou moins volumineuses, très vasculaires, souvent multiples, naissant de la membrane qui tapisse la cavité utérine, complètement étrangères au tissu propre de l'utérus et contenant dans leur épaisseur un nombre considérable de follicules muqueux extrêmement développés.

Du reste, les végétations polypeuses de l'estomac ne peuvent causer d'accidents que de deux manières ; 1° par leur dégénération ; 2° par l'obstacle mécanique qu'elles apportent au cours des matières alimentaires. C'est au cardia, et surtout au pylore, que ce dernier accident est à redouter.

Observation VII (1)

Hypertrophie polypiforme de la muqueuse de l'estomac

Lalmant, Louis, cordonnier, âgé de 52 ans, demeurant rue de la Heaumerie, n° 20, est admis le 13 février 1847, dans le service de M. le professeur Chomel à l'Hôtel-Dieu.

Ce malade, qui était venu à pied à l'hôpital, mourut le 14 au matin, sans avoir été examiné. Pendant son séjour, il ne se manifesta aucun phénomène assez grave pour attirer l'attention des personnes du service ; pas de délire, de vomissements, aucun symptôme qui pût faire prévoir une mort aussi prochaine. Les renseignements qu'il nous a été donné de recueillir sur ce ma-

(1) Lieudet, interne des hôpitaux. Bul. de la soc. anat. 1847, T. XXII, p. 206.

lade sont les suivants : depuis de longues années, il avait contracté l'habitude de boire une grande quantité de liqueurs alcooliques, habitude à laquelle il s'était de plus en plus adonné, et qui avait fini par entrainer des troubles notables dans sa santé ; son intelligence avait graduellement diminué ; il était devenu triste et morose ; les forces physiques avaient décru. Autrefois, excellent ouvrier, il ne pouvait plus se livrer à un travail de longue durée, ou exigeant une certaine habileté ; ses membres, principalement les supérieurs, étaient agités par un tremblement presque constant. Cette impossibilité de travailler l'avait forcé à diminuer la quantité d'aliments auxquels il s'était habitué autrefois ; du reste l'appétit s'est conservé jusqu'à la fin ; jamais de douleurs d'estomac ou de vomissements, mais de fréquentes diarrhées, qui duraient quelquefois longtemps.

Pendant les trois dernières années, le malade entra deux fois dans les hôpitaux, une fois à la Pitié, une autre fois à l'Hôtel-Dieu, pour y être traité de maladies dont il nous a été impossible de connaître la nature.

Un embonpoint autrefois assez considérable, avait fait place à une maigreur extrême ; sa faiblesse était devenue si grande qu'en se levant la nuit pour remplir ses besoins naturels, il tombait quelquefois sur un poële placé près de son lit. L'affaiblissement devenu de plus en plus considérable à l'époque qui précéda son entrée à l'hôpital, l'avait forcé à suspendre son travail sans cependant s'aliter.

Le 15 février 1847, nous procédâmes à l'autopsie.

Etat extérieur. — Maigreur extrême.

Tête. La dure-mère n'offre rien de remarquable ; pas d'épanchement sous-arachnoïdien ; pas d'altération des méninges. La pulpe cérébrale est saine, sans traces de ramollissement ou d'apoplexie.

Poitrine. — Point d'épanchement dans les plèvres ni dans le

péricarde. Les deux poumons ont une couleur violacée dans toute leur étendue ; ils sont médiocrement pesants et laissent écouler à la coupe un liquide sanguinolent aéré ; il n'y a point de traces de pneumonie, point de tubercules. Le cœur est d'un volume normal, sans augmentation d'épaisseur de ses parois, sans dilatation des orifices ; il contient quelques caillots noirâtres non organisés, plus abondants dans le ventricule droit que dans le gauche.

Abdomen. — A la partie inférieure de l'intestin grêle, la muqueuse est légèrement rouge, sans ulcération, sans lésion aucune des éléments glanduleux de cet organe. Un peu de rougeur de la membrane muqueuse du gros intestin.

La lésion la plus curieuse et sur laquelle nous allons insister se rencontrait dans l'estomac. Ce viscère est d'un volume normal; sa couleur celle de l'état sain, ses fibres musculeuses paraissent un peu hypertrophiées. Sa cavité ne contient qu'un peu de liquide transparent, inodore, mêlé de mucosités.

La muqueuse est blanchâtre dans le grand cul-de-sac, et à la région pylorique, légèrement rougeâtre le long de la grande courbure. Nulle part d'ulcérations ni de ramollissements ; mais hypertrophie de la muqueuse. Dans les trois quarts moyens de la cavité stomacale, le long de la grande courbure principalement, et sur les faces supérieure et inférieure, on remarquait un nombre considérable d'éminences mamelonnées, au nombre de 150 à 200 ; ayant le volume d'une petite noisette, les unes pédiculées, les autres plus nombreuses, à base assez large.

Leur surface est lisse, sans traces d'orifices ou de pertuis ; parmi ces éminences les unes sont isolées, les autres accolées à des mamelons de même nature, ou réunies par des prolongements saillants de la muqueuse. Leur couleur est blanchâtre, semblable à celle de la muqueuse, qui n'est pas mamelonnée et qui paraît saine. Elles sont mollasses au toucher, ne donnant pas cependant au doigt qui les presse la sensation d'un liquide contenu, aucun vaisseau ne parcourt leur surface ou leur base. En les incisant,

on les trouve constituées par un tissu homogène, non vascularisé, n'ayant pas les caractères du produit cancéreux.

Ces hypertrophies de la muqueuse stomacale paraissent se continuer avec la membrane muqueuse saine qui les réunit ; elles sont mobiles sur le tissu cellulaire sous-muqueux.

M. Frédoult, interne à l'Hôtel-Dieu, a étudié ces excroissances au microscope ; il n'a trouvé aucune trace de vascularisation ; leur structure n'était pas celle du cancer ; elles paraissent constituées par un développement anormal de toutes les couches. de la muqueuse. Le tissu cellulaire sous-jacent était parfaitement sain.

Plusieurs questions intéressantes se présentent ici. Où siègent ces excroissances ? Quelle est leur nature ? Quelle a été la cause de leur développement ?

Les observations de cas analogues à celui que nous rapportons ici, consignées dans les auteurs, pourront nous donner quelques renseignements utiles, relativement à la solution des questions que nous venons d'énoncer.

Nous éloignons d'abord les produits cancéreux, puisque l'examen microscopique a démontré que les hypertrophies de la muqueuse stomacale consignées dans le cours de cette observation ne se rapportaient pas à cette classe de maladies.

Ces mamelons pourraient donc être des hypertrophies des follicules ou des villosités.

Nous éloignons les excroissances de nature inflammatoire ; en effet, ces végétations, s'il faut en croire Billard, sont généralement molles, saignantes, caractères dont sont dépourvues celles qui nous occupent ici.

L'absence d'ouverture, et surtout l'examen microscopique, nous portent à croire que nous n'avons pas affaire ici à une hypertrophie des follicules ; nous devons dire cependant que les anatomo-pathotogistes qui ont observé cette lésion, font remarquer que dans l'hypertrophie, la structure de ces éléments anatomiques est tellement modifiée, que l'on peut facilement se méprendre sur leur nature.

Ces éminences polypiformes nous paraissent ne pouvoir être

rationnellement rapportées qu'à une hypertrophie des villosités. On sait que M. Rullier a rapporté un cas de ce genre, mais dans lequel les mamelons n'étaient pas si nombreux que dans le cas qui nous occupe, puisque leur nombre n'allait pas au-delà de 80.

Des pièces analogues ont été présentées plusieurs fois à la Société Anatomique ; dans aucun cas l'hypertrophie n'était aussi générale. Ces villosités se sont-etles hypertrophiées sous l'influence d'une phlegmasie chronique? C'est un problème que nous n'osons résoudre, nous contentant de rappeler l'ingestion fréquente de boissons alcooliques.

Une coïncidence remarquable, et sur laquelle M. Richard, membre de la Société a attiré notre attention, est l'existence de la diarrhée qui se rencontrait dans un cas analogue soumis à son observation.

Nous terminons en résumant le diagnostic par ces mots : Hypertrophie polypiforme des villosités de l'estomac.

Observation VIII (1)

Kyste glandulaire de l'estomac. Gastrite alcoolique et phthisie granuleuse

N... âgé de 55 ans, garçon grainetier, est un homme des plus robustes qui depuis vingt-cinq ans travaille dans la même maison à la Halle aux blés. Depuis de nombreuses années, aussi il boit chaque jour pour 30 à 40 centimes d'eau-de-vie, et en outre plusieurs bouteilles de vin.

Il y a deux ou trois ans qu'il est souffrant, il tousse, s'amaigrit et perd ses forces ; cependant il continue son travail et ne le cesse

(1) Lancereaux. Atlas d'anat., planche I, fig. 3.

que quatre jours avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 12 février 1864, (salle Saint-Jean n° 35).

La poitrine fixe d'abord l'attention ; on diagnostique une bronchopneumonie ; mais le pouls s'accélère, la fièvre prend en peu de temps une plus grande intensité, et le malade succombe dans le délire le 17 février suivant.

Autopsie. — La membrane muqueuse de l'estomac, épaissie et ardoisée sur plusieurs points, présente une tumeur saillante à sa surface interne. Décollée des couches sous-jacentes et relevée, elle laisse voir avec son conduit l'une des glandes altérées de la région pylorque (fig. 3). Cette glande, du volume d'une petite cerise, arrondie et lobulée, renferme un liquide visqueux, mêlé de cellules cylindriques contenues dans des loges multiples à parois transparentes ; son canal est oblitéré. Elle est unique, bien qn'il arrive d'observer plusieurs kystes analogues dans le même estomac· L'intestin n'est pas sensiblement altéré, stéatose hépatique, rate volumineuse et congestionnée ; reins un peu jaunâtres. Hydrocèle en kystée de la tunique vaginale. Surcharge adipeuse du cœur ; infiltration de tubercules miliaires dans les deux poumons, quelques petites excavations au sommet du poumon droit, pigmentation étendue sur plusieurs points et friabilité du parenchyme de ces organes. Cerveau presque intact.

Observation IX

Polype de l'estomac trouvé chez une femme à la salle de dissection

J. A. Adams. British med. Journal 8 novembre 1870, p. 738.

Dans la séance de la société de pathologie de Glascow du mardi 28 octobre 1879, le docteur J. A. Adams a présenté un polype s'étendant de la paroi postérieure de l'estomac au pylore. Il était piriforme et mesurait, à l'état frais, environ un pouce et demie de

long sur un demi pouce de large. On l'avait recueilli à l'Université sur le cadavre d'une femme de 35 ans.

Le seul autre exemple de cette affection rare que le docteur Adams put trouver est rapporté par le docteur Quain dans « London pathological Societys Transaction. Vol. VIII p. 219.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Cruveilhier. — Traité d'anat. pathol, XXXe livraison, fig. 2 p. 2.

Andral, — Traité d'anat. pathol. 1829.

Virchow. — Path. des tumeurs. T. III et IV.

Rokitanski. — Anat. pathol. Vol. III p. 155 3e édition.

Lancereaux. — Traité d'Anat. path. et Atlas d'Anat. path., planche 1, fig. 3.

Ripault. — Soc. Anat., 21 mars 1833.

Mercier. — Soc. Anat., 1837.

Cotilhes. — Soc. Anat., 1843.

Barth et Moutard-Martin. — Soc. Anat., 1845.

Richard. — Soc. Anat. 1846.

Blain des Cormiers. — Soc. Anat., 1847.

Leudet. — Soc. Anat., 1847.

Barth. — Soc. Anat., 1849.

Lemaistre. — Soc. Anat., 1850.

Leudet. — Soc. Anat., 1855.

Caron. — Soc. Anat., 1855.

Proust au nom de Fritz. — Soc. Anat., 1860.

Cornil. — Soc. Anat., 1863.

Cornil. – Gaz. Méd. 23 janvier 1864.

Liouville. — Soc. Anat., février et mars 1864.

Camus-Govignon. Des polypes de l'estomac, thèse de Paris 1883.

J. A. Adams. — British, méd. journal, 8 novembre 1879.

Quain : London pathological society's. Transactions. Vol. VIII, p. 212.

Wilson Fax.— méd. chirurg. Transactions. Tôme XVI, p. 360.

Virchow : Die Krankhaften geschaulxte, 1863, t. I, p. 234.

Clos. — De l'invagination intestinale provoquée par les tumeurs de l'intestin et en particulier par le lipôme de l'intestin (thèse de Paris, 1883.

A. Luton. — Dic. de médecine et de chirurgie pratique (Art. estomac).

Lons-le-Saunier. — Imp. J. Mayet et Cie, rue St-Désiré, 20.

A LA LIBRAIRIE OLLIER-HENRY

13, rue de l'École de Médecine, à Paris

Boudet de Paris. — Notice sur un nouveau stethoscope, broché in-12, 1878 ..... 0f. 75

Boudet de Paris. — Téléphone et microphone, 1 vol. in-8, de 170 pages 1889 ..... 5 »

Bartoszerwiez. — Traitement des affections cutanées, in-8, 180 pages (1882)..... 3 50

Biche. — De l'atrophie testiculaire consécutive aux oreillons, de ses conséquences et de son traitement, in-8, de 64 pages, 1884... 1 50

Barreau. — De l'ectopie enguinale du testicule, son traitement. thèse in-8, 1884 ..... 1 50

Boyer. — De la suture du Pelletier avec le fil de Catgutet de son usage dans le traitement des plaies opératoires. in-8, 1884..... 1 50

Baratier. — De la vaginite et de son traitement par des applications locales de copahu, in-8, de 84 pages, 1884..... 2 50

A. Chassagne, aide-mémoire ou médecin auxiliaire de l'armée, broché, in-18, 140 pages. 1884..... 1 50

Cadiat. — Cours d'histologie professé à la Faculté de médecine de Paris en 1878, 1 vol. in-4 avec nombreuses figures intercalées dans le texte et 25 pl. color..... 10 »

Chauzaix. — Du Jequirity, son emploi en Ophtalmologie 124 pages, 1883 ..... 2 »

Contancin. — Etude sur la dilatation du cœur droit consécutive à la pneumonie 1884 ..... 1 »

Gabriel. — Du réveil du délire alcoolique chez les buveurs, in-8, de 57 pages, 1884..... 2 »

Godin et Barberet. — Notes de thérapeutique, 1 vol. in-12, de 188 pages, 1883..... 3 »

Guide pratique de l'étudiant en médecine et en pharmacie, 1 vol. in-12, de 302 pages, 1884..... 2 »

Lignac. — Principales substances chimiques employées en médecine: 2 vol. in-12, 1882 ..... 3 »

Lignac. — Dicotylédones, caractères des principales familles et plantes étudiées en médecine, 2e édit. 1 vol. in-12, 1884 ..... 2 »

Lignac. — Monocotylédones et acotylédones 2e édit. 1884..... 2 »

Picqué. — de l'intervention chirurgicale dans le cancer de l'utérus, 1 vol. in-8, 1880..... 5 »

Vassitch. — Etude sur la chorée des adultes in-8, 1883..... 2 »

Imp. J. Mayet et Cie, Lons-le S. rue St Désiré, 20.